

NVLF-Richtlijn 'Logopedie bij de ziekte van Parkinson'

Verslag van de totstandkoming, de resultaten en de betekenis van deze richtlijn.

Hanneke Kalf, Bert de Swart, Bas Bloem en Marten Munneke

Aanleiding tot de richtlijn

Richtlijnontwikkeling is in de Nederlandse gezondheidszorg niet meer weg te denken. In het najaar van 2007 werd gevierd dat – mede door toedoen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO – 25 jaar geleden de eerste richtlijn verscheen (www.cbo.nl). Inmiddels zijn er naar schatting zo'n 200 gepubliceerd. Het proces van richtlijnontwikkeling wordt voortdurend aangepast en verbeterd en is door het CBO vastgelegd in een handleiding (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007). Daarin is onder meer te vinden dat “evidence-based richtlijnen wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen zijn voor optimale zorg”. Ze bieden zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming en bevatten ook patiëntenvoorkeuren, kostencomponenten en aspecten van implementatie (Everdingen et al., 2004). De belangrijkste doelen van evidence-based richtlijnen zijn (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Everdingen et al., 2004):

- het hanteerbaar maken van (wetenschappelijke) informatiestromen;
- het klinisch handelen meer kunnen baseren op wetenschappelijk bewijs dan op ervaring en meningen;
- minder ongewenste variatie in handelen tussen zorgverleners;
- transparanter kunnen werken, onder ander voor verwijzers.

Het belang van richtlijnen wordt nadrukkelijk onderschreven door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), getuige diverse rapporten (bijvoorbeeld Senten, 2005) en de opdracht aan de NVLF-commissie Richtlijnen om nationale en internationale logopedische richtlijnen in kaart te brengen (De Beer, 2007). In Nederland is het vakgebied logopedie tot nu toe alleen nog te vinden in multidisciplinaire richtlijnen, waaronder diverse richtlijnen onder leiding van het CBO (zie de overzichten op de website van de NVLF, www.nvlf.nl, onder bibliotheek/dossiers: richtlijnen). Het professioneel laten opstellen van evidence-based richtlijnen is echter tijdrovend en dus kostbaar.

Waarom de ziekte van Parkinson?

Het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC), onderdeel van het UMC St Radboud in Nijmegen, is een enthousiaste groep medische en paramedische parkinsonspecialisten, die in 2004 startten met onder andere de oprichting van het ParkinsonNet in de regio Arnhem-Nijmegen en met de scholing van de paramedici die daar deel van gingen uitmaken. Naast het verbeteren van de zorg voor parkinsonpatiënten is wetenschappelijke validatie van de ingezette zorginhoudelijke innovaties één van de belangrijkste doelstellingen van ParC. Eigen enquêteonderzoek, in dezelfde periode uitgevoerd onder een representatieve groep logopedisten, liet zien dat slechts 14% van de patiënten met de ziekte van Parkinson onder behandeling is van een logopedist (Nijkrake et al., 2005). Verder bleek dat het merendeel van de logopedisten (93%) zichzelf onvoldoende deskundig vindt om parkinsonpatiënten te behandelen. Een uitvoeriger onderzoek in 2007 onder 157 logopedisten die parkinsonpatiënten behandelen, liet zien dat slechts 31% zichzelf deskundig genoeg acht om deze patiëntengroep adequaat te behandelen (Kalf & Munneke, 2008). Het gevolg is dat onvoldoende patiënten met de ziekte van Parkinson terecht kunnen bij een logopedist met specifieke deskundigheid in het behandelen van de logopedische gevolgen van dit ziektebeeld.

Bovendien is de logopedische behandeling van parkinsonpatiënten in Nederland nauwelijks adequaat gedocumenteerd in handboeken of studiehandleidingen. En in tegenstelling tot de medische behandeling van de ziekte van Parkinson is wetenschappelijke evidentie voor het logopedisch handelen nog beperkt beschikbaar. Maar het inzicht groeit dat juist parkinsonpatiënten in alle fasen van de ziekte baat kunnen hebben bij specifieke paramedische interventies (Morris & Iansek, 1997; Deane et al., 2002; Suchowersky et al., 2006; Nijkrake et al., 2007). Naast aanwijzingen voor onderbehandeling, is er ongetwijfeld ook sprake van ongewenste variatie in de logopedische zorg voor deze patiëntengroep. Dit is samen meer dan voldoende aanleiding voor een richtlijn.

Fysiotherapeuten beschikken sinds 2004 over de KNGF-richtlijn 'Ziekte van Parkinson' (Keus et al., 2004), die nadat de vertaling in het Engels beschikbaar was, een internationale standaard is geworden (Keus et al., 2007). Het was een voor de hand liggende stap om ook voor ergotherapeuten en logopedisten een richtlijn te ontwikkelen. Nadat de projectgroep (de auteurs van dit artikel) financiering had gevonden bij de Parkinson Patiëntenvereniging (PPV) en het Fonds NutsOhra kon de primaire werkgroep in december 2006 aan het werk. De NVLF werd formeel de opdrachtgever en ook de toekomstige eigenaar van de richtlijn. Dat de eerste monodisciplinaire richtlijn van de NVLF de ziekte van Parkinson als onderwerp heeft, is dus een samenloop van omstandigheden.

Werkwijze

De volledige verantwoording van de werkwijze is te vinden in hoofdstuk 1 van deel II van de richtlijn.

De richtlijn moest tot stand komen conform de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) en na voltooiing kunnen voldoen aan de AGREE criteria (www.agreecollaboration.org), een evaluatie-instrument voor richtlijnen.

Inhoudelijke eisen aan de aanbevelingen waren:

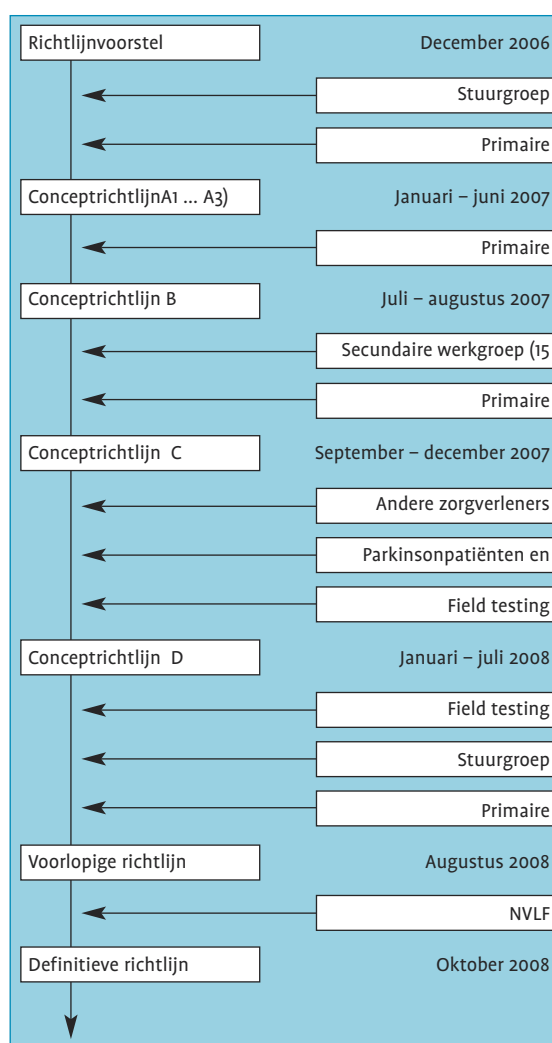
- dat de logopedische zorg bij patiënten met de idiopathische ziekte van Parkinson moest worden beschreven, maar niet de atypische parkinsonismen (bijvoorbeeld multisysteem atrofie), die andere interventies vragen en de richtlijnontwikkeling te ingewikkeld zouden maken;
- dat antwoord moest worden gegeven op de vragen naar zowel de beste manier van logopedisch onderzoek als de beste logopedische behandelmogelijkheden, inclusief starten, stoppen en intensiteit van behandelen;
- dat alle relevante logopedische domeinen bij de ziekte van Parkinson aan bod moesten komen, namelijk problemen met spreken, slikken en speekselbeheersing.

Wie de eerder genoemde EBRO-handleiding leest zal opmerken dat de totstandkoming van een richtlijn begint met het vaststellen van de klinische uitgangsvragen waar de richtlijn antwoord op moet geven. Want als er geen klinische problemen en vragen zijn, is er ook geen richtlijn nodig. In dit geval was het vooraf formuleren van uitgangsvragen slechts globaal mogelijk, dat wil zeggen dat deze beperkt bleven tot de bovengenoemde eisen, omdat een brede discussie over zinvol logopedisch handelen bij de ziekte van Parkinson nog niet eerder was gevoerd. De primaire werkgroep (zie verder) heeft daarom in de loop van het proces pas de bruikbare onderdelen gestructureerd in vragen en antwoorden.

De eerste auteur heeft als uitvoerder en onderzoeker de evidentie gezocht en gewogen, de teksten samengesteld en was verantwoordelijk voor de eindredactie. De conceptteksten en aanbevelingen zijn met een primaire werkgroep van zes ervaren logopedisten besproken en aangepast in 6 bijeenkomsten. In verschillende commentaarrondes is de conceptrichtlijn voorgelegd aan andere deskundigen en bijgesteld, zie Figuur 1.

Daarna is de richtlijn op leesbaarheid en bruikbaarheid getest door twee groepen van 56 respectievelijk 59 logopedisten die in 2007 en 2008 meededen aan de ParkinsonNet-scholing. Belangrijke uitkomsten daarvan waren dat er geen uitgangsvragen werden gemist en dat belemmeringen in de praktische uitvoering (bijvoorbeeld aanpassen van werkdagen in verband met behandelintensiteit) goed waren op te lossen. Alle logopedisten die de evaluatie hadden ingevuld vonden de richtlijn helder en volledig. En 97% vond dat er voldoende draagvlak was in hun praktijk of organisatie om volgens de aanbevelingen te handelen.

Het ontwikkelproces is op afstand gevolgd door een stuurgroep – vertegenwoordigers van de logopedieopleidingen, de Parkinson Patiëntenvereniging en de NVLF – en na bespreking in de stuurgroep en een laatste bespreking met de primaire werkgroep, is de Voorlopige Richtlijn in augustus 2008 voor accordering naar de NVLF gestuurd.



Figuur 1

Het ontwikkelproces van de richtlijn

Evidentie

Over logopedie bij de ziekte van Parkinson zijn in 2001 enkele Cochrane reviews verschenen, maar die laten alle drie zien dat evidentie op het hoogste niveau nog ontbreekt. De richtlijn is dus samengesteld op basis van studies op B-niveau (vergelijkend onderzoek, maar met minder methodologische kwaliteit), C-niveau (niet vergelijkend onderzoek) en D-niveau (mening van deskundigen). Behalve de ervaring van de werkgroepleden is gebruik gemaakt van een theoretisch model (Morris & Iansek, 1997) waarmee positieve ervaringen zijn opgedaan in grote Parkinsoncentra in het buitenland. Het bestaat uit de volgende vijf uitgangspunten:

1. Parkinsonpatiënten hebben – afhankelijk van de ziekte-ernst, dat wil zeggen tot op zekere hoogte – een goeddeels normale motoriek, die op de juiste wijze moet worden geactiveerd. Een ervaren therapeut is in staat om te bepalen wat de meest zinvolle activatie is.
2. Hypokinesie neemt toe naarmate handelingen langer duren en meer complex zijn. Complexe handelingen moeten daarom in deelhandelingen worden opgedeeld.
3. Deelhandelingen moeten bewust worden uitgevoerd om de falende automatische motoriek te compenseren.
4. Externe cues (visueel, auditief of proprioceptief) kunnen helpen om handelingen te starten en op gang te houden.
5. Het tegelijk uitvoeren van motorische en cognitieve taken (dubbeltaken) dient te worden vermeden, omdat de cognitieve aandacht nodig is om motorische taken bewust uit te voeren.

Deze uitgangspunten zijn van toepassing in alle paramedische interventies bij parkinsonpatiënten, ook in de logopedische behandeling. Er is voldoende evidentie in de fysiotherapie die laat zien dat het aanleren van cognitieve bewegingstrategieën,

het gebruiken van cues en het vermijden van dubbeltaken bij parkinsonpatiënten veel zinvoller is dan bijvoorbeeld het aanbieden van motorische oefeningen (Keus et al., 2004). Een van de weinige Nederlandse publicaties over de state-of-the-art in de logopedische behandeling van parkinsonpatiënten (Baerveldt et al., 1996) is om die reden bijvoorbeeld niet gebruikt; de beschrijvingen van onderzoekstaken en behandelstrategieën zijn te algemeen en doen geen recht aan de typische behandel mogelijkheden van parkinsonpatiënten.

De sterkte van aanbevelingen

De opbouw van elke aanbeveling volgt consequent het format van de EBRO-handleiding, dat wil zeggen de uitgangsvraag, de achtergrond, de samenvatting van de literatuur, de conclusie (uit de literatuur), de overige overwegingen en tenslotte de aanbeveling. Een belangrijke aanpassing door het CBO in de EBRO-handleiding in 2007 was de nieuwe formulering en gradering van de aanbevelingen. Nadrukkelijker dan in eerdere instructies wordt de sterkte van de aanbevelingen vastgesteld op basis van een weging van het wetenschappelijke bewijs in combinatie met de overige overwegingen zoals klinische relevantie en beschikbaarheid. Er zijn nu drie (in plaats van vier) sterktes van aanbevelingen, namelijk sterke, matig sterke en zwakke aanbevelingen, die zijn te herkennen aan hun formulering, zie Figuur 2. De NVLF-richtlijn telt 2 sterke aanbevelingen, 41 matig sterke aanbevelingen en 17 zwakke aanbevelingen, waarvan één negatieve aanbeveling.

Resultaten

Het eerste hoofdstuk van de richtlijn is de verantwoording van de totstandkoming, het tweede hoofdstuk is een algemene inleiding op de ziekte van Parkinson. De aanbevelingen staan in

Sterkte van aanbeveling	Voorkeursformuleringen	Interpretatie werkgroep
Sterk	<i>Positieve aanbeveling:</i> Sterk aan te bevelen (dient / moet / is eerste keuze / is geïndiceerd / is vereist / wordt als standaard beschouwd) <i>Negatieve aanbeveling:</i> Sterk te ontraden (dient niet / moet niet / is geen keuze / is gecontraïndiceerd)	Je moet goede argumenten hebben om hier vanaf te wijken
Matig sterk	<i>Positieve aanbeveling:</i> Aan te bevelen (adviseren / heeft de voorkeur / streven naar / verdient aanbeveling) <i>Negatieve aanbeveling:</i> Niet aan te bevelen (wordt ontraden / verdient geen aanbeveling)	Het kan ook anders, maar dit heeft de voorkeur.
Zwak	<i>Positieve aanbeveling:</i> Te overwegen (is een optie / kan / er is mogelijk plaats / kan zinvol zijn) <i>Negatieve aanbeveling:</i> Is wellicht geen plaats (lijkt niet zinvol / is terughoudendheid geboden)	Dit zou je kunnen doen.

Figuur 2

Sterkte van aanbevelingen in een richtlijn

hoofdstuk 3 tot en met 5 en zijn gerangschikt naar de logopedische domeinen bij de ziekte van Parkinson: spreken, slikken en speekselbeheersing. De definitieve richtlijn bevat 60 aanbevelingen die antwoord geven op 40 vragen (zie deel I, bijlage bij dit tijdschrift): 3 aanbevelingen over indicatie en verslaglegging, 30 aanbevelingen over onderzoek en behandeling van klachten over het spreken, 19 over slikken en 8 over speekselverlies. Hier zijn 3 samenvattingskaarten van gemaakt die aan het einde van dit artikel te vinden zijn.

Twee aspecten zijn in elk hoofdstuk te vinden. De werkgroep hecht veel waarde aan een goede en specifieke anamnese en daarom zijn voor alle domeinen in de bijlagen zowel belangrijke anamnesevragen opgenomen als specifieke gestandaardiseerde vragenlijsten die van te voren kunnen worden opgestuurd. De parkinsonpatiënt heeft daardoor rustig de tijd om er thuis over na te denken en de logopedist heeft bij het eerste consult al een goede indruk van de ernst van de klachten. Aan het einde van elk hoofdstuk is, mede op verzoek van de Parkinson Patiëntenvereniging, een aanbeveling opgenomen over de manieren waarop de mantelzorgers het beste bij de behandeling kunnen worden betrokken. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten en aanbevelingen per hoofdstuk. De richtlijn is ook als samenvatting beschikbaar in twee samenvattingskaarten (zie deel I in dit tijdschrift).

Dysartrie en communicatieproblemen (hoofdstuk 3)

De enige twee sterke aanbevelingen in de richtlijn zijn te vinden in het hoofdstuk over dysartrie en communicatieve problemen, één over diagnostiek en één over behandeling.

Voor aanbevelingen over efficiënt en relevant logopedisch onderzoek bij hypokinetische dysartrie moest een heel nieuwe opzet worden gemaakt, want geen enkel bestaand stemonderzoek of dysartrieonderzoek bleek voldoende geschikt voor parkinsonpatiënten. De uitkomst van de besprekingen was dat het bij parkinsonpatiënten voldoende is om (a) de beginsituatie goed te documenteren aan de hand van spontaan spreken en (b) de stimuleerbaarheid van de verstaanbaarheid te testen met enkele maximale prestatietests. Volgens de werkgroep is dat een zodanig belangrijk en parkinson-specifiek onderdeel dat het een sterke aanbeveling is geworden (zie aanbeveling 6).

De andere sterke aanbeveling (nummer 10) betreft de behandeling met de Nederlandse Pitch Limiting Voice Treatment (PLVT) of de Amerikaanse Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) bij hypokinetische dysartrie. Beide technieken zijn in essentie hetzelfde, maar LSVT is meer stem-gebaseerd en PLVT is meer dysartrie-gebaseerd. Inmiddels worden in Nederland alleen nog PLVT-cursussen gegeven, dus de beschikbaarheid maakt dat in Nederland PLVT de voorkeur heeft.

De discussie over het diagnostisch onderzoek en de mogelijke uitkomsten daarvan had ook als resultaat dat de indicatie voor intensieve behandeling met PLVT/LSVT voor het eerst expliciet kon worden geformuleerd, namelijk wanneer (aanbeveling 12a):

- de stemkwaliteit, zowel luidheid, helderheid als toonhoog-

te, voldoende te cue is;

- de patiënt voldoende intrinsieke motivatie heeft om intensief te oefenen, op basis van de ernst van de klacht en de verwachtingen van het communicatief functioneren;
- de patiënt cognitief voldoende in staat is om een nieuwe techniek te leren;
- de patiënt voldoende energie heeft om intensief te oefenen.

Op basis daarvan konden aanbevelingen worden geformuleerd over hoe te handelen wanneer een parkinsonpatiënt niet aan deze behandelcriteria voldoet, zoals meestal in de gevorderde fase van de ziekte. Andere aanbevelingen in hoofdstuk 3 betreffen onder andere de aanpak van cognitieve stoornissen die zich uiteten in communicatieve problemen (anders dan verstaanbaarheidproblemen) en het gebruik van communicatiehulpmiddelen.

Slikstoornissen (hoofdstuk 4)

Ook het slikonderzoek kan, wat de werkgroep betreft, bij parkinsonpatiënten kort zijn. Goede observatie is belangrijk, maar net als bij het spreken moet ook bij het slikken de stimuleerbaarheid worden beoordeeld. Een parkinsonpatiënt die zich thuis verslikt tijdens koffiedrinken, verslikt zich in het algemeen niet als hij gestimuleerd wordt een hoeveelheid water snel achter elkaar op te drinken of bewust grote slokken te nemen. Met meer intensiteit slikken, net als bij het spreken, is vaak nog lange tijd mogelijk. Dat verklaart tegelijk de (zwakke) aanbeveling dat behandeling met PLVT/LSVT een gunstige invloed kan hebben op de slikklachten.

Voor dit hoofdstuk zijn de uitgangsvragen voor de behandeling gerangschikt naar de meest voorkomende slikproblemen bij parkinsonpatiënten, namelijk verslikken in vloeistoffen, langdurig kauwen of trage slikinzet en faryngeaal residu (waardoor kans op verslikken in vaste voeding). Er bestaan geen specifieke behandelingen van slikklachten bij parkinsonpatiënten, maar de meeste bestaande compensatiestrategieën kunnen volgens de werkgroep toch worden aanbevolen.

Speekselverlies (hoofdstuk 5)

Verliezen van speeksel is een nog onvoldoende begrepen klacht bij parkinsonpatiënten, die echter zelden bij onderzoek zichtbaar is. Er moet naar worden gevraagd om het probleem en de ernst ervan duidelijke te krijgen en de richtlijn voorziet in enkele aanbevelingen over manieren waarop dat kan worden gedaan. De beste behandeling van speekselverlies is nog niet helemaal duidelijk, maar in de aanbevelingen worden mogelijke behandelbare factoren genoemd, zoals bewust speeksel wegslikken. Even belangrijk vond de werkgroep het om aan te bevelen dat de logopedist bij uitblijven van resultaat niet te lang moet blijven doorbehandelen, maar beter de parkinsonpatiënt terug kan sturen naar de neuroloog.

Implementatie

Vanaf het moment dat de eerste concepttekst klaar was, is de richtlijn zowel nationaal als internationaal aangekondigd. Een

samenvatting van de totstandkoming en de inhoud van de richtlijn is gepresenteerd als poster op het NVLF Jubileumcongres in november 2007 en op het World Congress on Parkinsonism and Related Disorders in december 2007 in Amsterdam (Kalf et al., 2007). In juni 2008 is de richtlijn als poster gepresenteerd op het Twelfth International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders in juni 2008 in Chicago (Kalf et al., 2008c). De projectgroep is in overleg met de NVLF bezig om financiering te vinden om de richtlijn in het Engels te laten vertalen en zo de richtlijn beschikbaar te maken voor alle logopedisten in Europa en daarbuiten.

Een richtlijn beschikbaar stellen en verspreiden is echter niet genoeg voor een adequate implementatie (Grol & Wensing, 2001). Een richtlijn is geen handboek, dat wil zeggen dat de tekst geen vervanging is van studiehandleidingen, cursussen of trainingen. Implementatie van de richtlijn in Nederland vindt inmiddels plaats via de ParkinsonNet-scholingen (Kalf et al., 2008a), onder meer mogelijk gemaakt met steun van de Stichting Robuust, het samenwerkingsverband van de vier regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg in Zuid Nederland. De richtlijn is de rode draad in deze vierdaagse multidisciplinaire en monodisciplinaire cursus, waarin ook de PLVT-cursus is opgenomen. Dat is echter nog geen garantie dat de aanbevelingen ook worden toegepast. Eerlijkheid gebiedt te zeggen dat brede kennis van dysartrievormen en orofaryngeale slikstoornissen belangrijk is om de diversiteit aan logopedische klachten bij parkinsonpatiënten te kunnen beoordelen en de aanbevelingen zinvol toe te kunnen passen. De aanbevelingen geven steun bij het maken van diagnostische en therapeutische beslissingen aan logopedisten die regelmatig met parkinsonpatiënten werken en het ziektebeeld en de logopedische mogelijkheden beheersen. Het doel van de parkinsonnetwerken is dat de paramedici die daarin werken meer parkinsonpatiënten gaan zien en zo expertise opbouwen, zelfstandig scholing en afstemming binnen het netwerk in stand houden en tegelijk de richtlijn steeds beter leren gebruiken.

Maar om echt te kunnen bepalen in welke mate een richtlijn wordt toegepast is systematische informatie vanuit de praktijk nodig. Deze informatie kan ondermeer worden verkregen door gebruik te maken van indicatoren. Dat zijn meetbare elementen die een aanwijzing geven over de kwaliteit van een bepaald aspect van de zorgverlening (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007). Dit valt buiten het nu afgeronde proces van richtlijnontwikkeling, maar zou wel op de agenda van de NVLF en ParC moeten blijven staan.

Evidence-based handelen

Evidence-based richtlijnen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan evidence-based handelen. In dat geval zoekt de behandelaar niet zelf naar evidentie, maar maakt gebruik van het werk van anderen. En dat is voor veel zorgverleners ook de meest realistische manier. Maar het toepassen van aanbevelingen die om een gedragsverandering vragen, kan moeilijker zijn

dan het lijkt. Juist dan is het belangrijk om goed te kijken naar het gewicht aan een aanbeveling. Een zwakke aanbeveling kun je makkelijker naast je neerleggen of moet je juist kritischer bekijken, dan een sterke aanbeveling. Om te kunnen checken wat het gewicht van het wetenschappelijk bewijs is, zijn er evidentietafellen in de richtlijn opgenomen. Daarin zijn de methodologische kenmerken en belangrijkste uitkomsten van de aangehaalde studies samengevat. De studies die in de richtlijn zijn verwerkt laten tegelijk ook zien waar nog duidelijke leemtes zitten. Een overzicht met voorstellen voor wetenschappelijk onderzoek is in een bijlage opgenomen.

Conclusie

Het logopedisch handelen bij parkinsonpatiënten heeft zich ontwikkeld van laagfrequente algemene interventies tot specifieke intensieve behandeltechnieken. Door het ontwikkelen van de richtlijn werd het mogelijk om bruikbare aanbevelingen te formuleren over zinvol handelen in diverse fasen van de ziekte. Maar er ontbreekt nog veel evidentie. Zo is het wenselijk om de effectiviteit van PLVT als reguliere logopedische behandeling aan te tonen. En er is nog onvoldoende bekend of bijvoorbeeld intensieve behandeltechnieken van het slikken dezelfde impact kunnen hebben als bij het spreken. Een andere vraag is wat patiënten in de praktijk vinden van de aanbevelingen voor de logopedische behandeling? Een enthousiast artikel van een parkinsonpatiënt in een recente uitgave van *Papaver* juicht 'Logopedie helpt bij de ziekte van Parkinson' (Poort, 2008), maar een logopedist in de testgroep vroeg zich af of alle parkinsonpatiënten wel blij zijn met een beperkte behandeluur.

Een richtlijn is geen statisch document, maar zou moeten worden aangepast, zodra daar aanleiding toe is. Dat kan commentaar van gebruikers zijn, maar ook nieuwe evidentie. De NVLF zou daarom over uiterlijk 5 jaar een update van de richtlijn moeten laten maken.

Summary

This article reports on the development and results of the Dutch NVLF-guideline 'Speech therapy in Parkinson's disease'. This practice guideline provides speech-language therapists with 60 recommendations based on 40 items in three domains: speech, swallowing and saliva control.

Implementation of the recommendations has already started through local networks.

Dankwoord

De projectgroep wil op deze plaats alle logopedisten, andere deskundigen, patiënten en mantelzorgers bedanken die met hun commentaar een onmisbare bijdrage aan deze richtlijn hebben geleverd. Mede namens de NVLF dankt de projectgroep de Parkinson Patiëntenvereniging en het Fonds NutsOhra voor de financiële steun aan de totstandkoming van de richtlijn.

Een bijzonder woord van dank is bedoeld voor de leden van de

primaire werkgroep die veel deskundigheid, tijd en geduld hebben geïnvesteerd in het zorgvuldig vaststellen van de teksten: Marianne Bonnier, vrijgevestigd logopedist in Uden en Ravenstein; Marga Hofman, logopedist in verpleegkliniek De Zeven Bronnen en docent logopedie Hogeschool Zuyd; Jolanda Kanters, logopedist revalidatiecentrum Breda; Judith Kocken, logopedist ziekenhuis Rijnstate in Arnhem en vrijgevestigd logopedist in Arnhem; Marije Miltenburg, logopedist in het Canisius-Wilhelmina ziekenhuis in Nijmegen.

Auteurs

Drs. Hanneke Kalf is logopedist en wetenschappelijk onderzoeker van de afdeling Revalidatie en het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC) van het UMC St Radboud in Nijmegen.

Dr. Bert de Swart is logopedist en spraak-taalpatholoog, waarnemend hoofd van de afdeling Revalidatie van het UMC St Radboud in Nijmegen en lector Neurorevalidatie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Dr. Bas Bloem is neuroloog en medisch hoofd van het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC) van het UMC St Radboud in Nijmegen.

Dr. Marten Munneke is senior onderzoeker van de afdeling Revalidatie en wetenschappelijk hoofd van het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC) van het UMC St Radboud in Nijmegen.

Correspondentie

UMC St Radboud, Postbus 9101, huispost 897, 6500 HB Nijmegen. E-mail: h.kalf@pmd.umcn.nl

Literatuur

- Baerveldt, U., Coorens, J., & Pasmans, C. (1996). *Onderwijsmodule 'Logopedie en de ziekte van Parkinson'*. Hoensbroek: Hogeschool Limburg.
- De Beer, J. (2007). *Introductie op drie overzichten van richtlijnen en protocollen. Logopedie en Foniatrie*, Xtra Nieuws van de NVLF.
- Deane, K.H., Ellis-Hill, C., Jones, D., Whurr, R., Ben Shlomo, Y., Playford, E.D., & Clarke, C.E. (2002). Systematic review of paramedical therapies for Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 17, 5, 984-991.
- Everdingen, J. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J. van, Swinkels, J.A., Barneveld, T.A. van, & Klundert, J.L.M. van de (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Grol, R. & Wensing, M. (2001). *Implementatie. Effectieve veranderingen in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Kalf, H., Bloem, B., & Munneke, M. (2008a). ParkinsonNet, verbeteren van regionale zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson. *Logopedie en Foniatrie*, 80, 1, 4-6.
- Kalf, H. & Munneke, M. (2008). Logopedie bij de ziekte van Parkinson. *Logopedie en Foniatrie*, 80, 2, 36-40.
- Kalf, J.G., de Swart, B.J.M., Bloem, B.R., & Munneke, M.

(2007). Guidelines for speech-language therapy in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 13, Supplement 2, S183-

- Kalf, J.G., de Swart, B.J.M., Bonnier, M.W.J., Hofman, M.F.C., Kanters, J.H.M., Kocken, J.E.M., Miltenburg, M., Bloem, B.R., & Munneke, M. (2008b). *NVLF-richtlijn Logopedie bij de ziekte van Parkinson*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Kalf, J.G., Swart, de, B.J.M., Bloem, B.R., & Munneke, M. (2008c). Guidelines for speech-language therapy in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23, Supplement 1, S328-
- Keus, S.H.J., Bloem, B.R., Hendriks, E.J., Bredero-Cohen, A.B., & Munneke, M. (2007). Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. *Movement Disorders*, 22, 4, 451-460.
- Keus, S.H.J., Hendriks, H.J.M., Bloem, B.R., Bredero-Cohen, A.B., Goede, C.J.T. de, Haaren M. van, Jaspers, M., Kamstra, Y.P.T., Westra, J., Wolff, B.Y. de, & Munneke, M. (2004). *KNGF-richtlijn Ziekte van Parkinson*. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*. November 2007, Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO: www.cbo.nl.
- Morris, M.S. & Iansek, R.N. (1997). *Parkinson's disease: a team approach*. Melbourne, Australia: Buscombe Vicprint
- Nijkrake, M., Bloem, B.R., Mulleners, W., Hoogerwaard, E., Oostendorp, R., & Munneke, M. (2005a). Development and implementation of a local network (ParkinsonNet) of health professionals with expertise in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 11, Supplement 2, S163.
- Nijkrake, M., Bloem, B.R., Mulleners, W., Oostendorp, R., & Munneke, M. (2005b). Referral to non-pharmacological interventions in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 11, Supplement 2, S249.
- Nijkrake, M.J., Keus, S.H.J., Kalf, J.G., Sturkenboom, I.H.W.M., Munneke, M., Kappelle, A.C., & Bloem, B.R. (2007). Allied health care interventions and complementary therapies in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 13, Supplement 3, S488-S494.
- Poort, B. (2008). Logopedie helpt bij de ziekte van Parkinson. *Papaver*. Uitgave van de Parkinson Patiënten Vereniging, Juni, 5-8.
- Senten, M. (2005), red. *Continuïteit in kwaliteit. Signaal paramedische zorg*. Den Haag: ZonMw.
- Suchowersky, O., Gronseth, G., Perlmutter, J., Reich, S., Zesiewicz, T., & Weiner, W.J. (2006). Practice Parameter: neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 66, 7, 976-982.

Samenvattingskaart bij problemen met spreken (* nummers van de aanbevelingen)

Anamnese en dysartrieonderzoek (3 – 11)	Mogelijke conclusies	Behandeling (12 – 24)*
<p>Vragen (evt. met behulp van gestandaardiseerde vragenlijst) naar klachten over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stem - verstaanbaarheid - moeite met conversatie <p>Observatie van spontaan (ongestimuleerd) spreken, zonodig met audio-opname, video-opname en/of dB-meter.</p> <p>Bepalen van de mate van stimuleerbaarheid (met reeksen noemen, nazeggen, klank aanhouden enz.).</p> <p>Bij twijfel over de aard van de dysartrie: oraal onderzoek, diadochokinese e.d.</p>	Geringe hypokinetische dysartrie maar geen last; patiënt kan zichzelf cuen door als het nodig is met meer intensiteit te spreken.	Adviezen tijdens eenmalig consult.
	Duidelijke milde tot matige hypokinetische dysartrie; patiënt is makkelijk te cuen, is gemotiveerd, heeft voldoende energie en leervermogen.	PLVT (LSVT) minimaal 3x per week, gedurende minimaal 4 weken (indien nodig met co-therapeut).
	Matige tot ernstige hypokinetische dysartrie die enigszins te cuen is; patiënt heeft weinig energie en/of is beperkt leerbaar.	PLVT met nadruk op extern cuen tot luider spreken; gesprekspartner/mantelzorgers leren hoe cuen over te nemen en consequent toe te passen.
	Zeer ernstige hypokinetische dysartrie die niet of nauwelijks te cuen is.	Begeleiding en instructie van gesprekspartners, gericht op cuen van een deeluiting. Indien mogelijk (handmotoriek en cognitief) aanbieden alternatief communicatiemiddel.
	Vooraf trage woordvinding en communicatieve problemen	Compensaties doornemen en evalueren met patiënt en gesprekspartner.
	Patiënt spreekt nauwelijks meer, valt stil (apathie).	Uitleg, acceptatie.

Samenvattingskaart bij problemen met slikken (* nummers van de aanbevelingen)

Anamnese en slikonderzoek (25 – 27)*	Mogelijke conclusies	Behandeling (28 – 35)*
<p>Vragen (evt. met behulp van gestandaardiseerde vragenlijst) naar klachten over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verslikken, moeite met slikken - gevolgen voor voeding en dineren met anderen <p>Observatie van spontaan (ongestimuleerd) slikken. Zonodig observatie tijdens een maaltijd thuis.</p> <p>Bepalen van de mate van stimuleerbaarheid met bijv. sliktests.</p>	Geringe slikstoornis, invloed van dubbelta-ken, inadequate hoofdhouding enz.	Compensaties aanleren (o.a. houding, volume) en cues om verslikken, moeite met pillen slikken e.d. te beperken of te voorkomen.
	Matige tot ernstige slikstoornis, waardoor o.a. traag eten en/of aspiratierisico.	Aanpassen consistenties en/of meer hulp of cues geven om acceptabel tempo te houden en vermoeidheid te beperken. Evt. in overleg met diëtist en ergotherapeut.

Samenvattingskaart bij problemen met speekselbeheersing

Anamnese en observatie speekselverlies (36 – 38)*	Mogelijke conclusies	Behandeling (39 – 40)*
<p>Vragen (evt. met behulp van gestandaardiseerde vragenlijst) naar klachten over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ernst en momenten van speekselverlies <p>Observatie van de spontane (ongestimuleerde) speekselcontrole.</p> <p>Bepalen van de mate van stimuleerbaarheid (mogelijke behandelbare factoren).</p>	Alleen gevoel van teveel speeksel.	Uitleg van belang op tijd slikken.
	Anamnestic of observeerbaar speekselverlies.	Aanpassingen en cues proberen, zoals een cue voor mond sluiten, slikken vóór het opstaan en dergelijke. Bij onvoldoende resultaat terugverwijzen naar de neuroloog.